

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

289

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 avril 1898, à 1 heure

Par PAUL BARBET

Né à Crocq (Creuse) le 25 janvier 1872

Externe des Hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

DE QUELQUES FORMES ANORMALES

D'APPENDICITE

AVEC ABCÈS ILIAQUE GAUCHE

Président : M. PAUL BERGER, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.
BAR et ALBARRAN, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

5, Rue Racine, 5

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

289

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 avril 1898, à 1 heure

Par PAUL BARBET

Né à Crocq (Creuse) le 25 janvier 1872

Externe des Hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

DE QUELQUES FORMES ANORMALES

D'APPENDICITE

AVEC ABCÈS ILIAQUE GAUCHE

Président : M. PAUL BERGER, professeur.

*Juges : MM. GUYON, professeur.
BAR et ALBARRAN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

FACULTE DE MEDICINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale.		HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie.		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.		TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie.		POUCHET.
Thérapeutique.		LANDOUZY
Hygiène.		PROUST.
Médecine légale.		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LABOULBENE
Pathologie expérimentale et comparée.		CHANTEMESSE.
		POTAIN.
Clinique médicale.	}	JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladie des enfants.		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encephale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.		TILLAUX.
		BERGER.
Clinique chirurgicale.	}	DUPLAY.
		LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires.		GUYON.
Clinique ophthalmologique.		PANAS.
Clinique d'accouchements.		N.
		PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNEPIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHARRIN	HEIM	ques.	WEISS
CHASSEVANT	LEJARS	REITERER	WIDAL
DELBET	LETULLE	RICARD	WURTZ
	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Chirurgien des hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

DE QUELQUES FORMES ANORMALES

D'APPENDICITE

Avec abcès iliaque gauche

I. — INTRODUCTION

Durant notre année d'internat, à l'hôpital Necker, dans le service de M. le Dr Routier, nous avons eu l'occasion d'observer un fait assez intéressant.

Il s'agissait d'un homme qui avait été pris de douleurs très vives dans l'abdomen, à plusieurs reprises. Presque pas de sensibilité à droite, maximum à gauche. Comme le malade avait eu quelques selles sanguinolentes, qui pouvaient néanmoins dépendre d'hémorroïdes dont il était porteur, vu la persistance des douleurs, leur siège au niveau de l'S iliaque, on émit l'hypothèse de cancer.

M. Routier fait une laparotomie médiane, et trouve un appendice enflammé, avec un calcul stercoral.

Depuis lors, nous avons pu recueillir quelques observations analogues, et ayant eu sous les yeux la monographie de MM. Termet et Vanverts sur ce sujet, l'idée nous

est venue de faire sur ces formes anormales de l'appendicite, le sujet de notre thèse.

Mais avant d'aborder cette étude, qu'il nous soit permis de remercier ici nos maîtres, qui ont bien voulu nous guider dans nos études. Ils nous ont fait bénéficier de leur science et de leur expérience; que notre humble travail soit, envers eux, un témoignage de notre profonde reconnaissance.

M. le D^r d'Heilly a bien voulu nous admettre au nombre de ses externes et nous initier à la pratique des maladies des enfants. M. le D^r Routier nous a enseigné les maladies des voies urinaires et la gynécologie, durant notre année d'externat à l'hôpital Necker, qu'ils reçoivent l'expression de toute notre gratitude.

Nous avons conservé le meilleur souvenir, du temps que nous avons passé, comme externe, à la consultation de médecine d'Andral avec M. le D^r Polguère.

Enfin, nous avons terminé notre externat chez M. le D^r Championnière, dont nous avons pu profiter de la haute expérience clinique. Nous lui devons une reconnaissance toute spéciale, pour la bienveillance et la sollicitude, qu'il n'a cessé alors de nous témoigner.

Enfin, il nous reste à remercier notre excellent ami M. Termet, interne des hôpitaux, qui nous a aidé dans nos recherches, et a facilité notre tâche dans l'accomplissement de ce travail.

Que M. le professeur Berger, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse, nous permette de lui adresser nos respectueux remerciements.

II. — CONSIDÉRATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

L'appendice cœcal, encore appelé appendice vermiciforme, occupe le plus souvent la moitié interne de la fosse iliaque droite. Implanté à deux ou trois centimètres au-dessous de la valvule iléo-cœcale ; il est maintenu en place par un repli du péritoine, qui constitue ce qu'on a justement appelé le méso-appendice.

Ce méso part du côté interne du cœcum, se confond au-dessus de l'angle iléo-cœcal avec le feuillet inférieur du mésentère, et, par son extrémité, répond au sommet même de l'appendice du moins dans un grand nombre de cas. Cependant, il est très fréquent de voir le méso s'insérer seulement à la base de l'appendice. Quant aux dimensions de l'appendice, elles varient avec les sujets, il en est de même de la forme.

En moyenne sa longueur est de 8 à 10 millimètres.

Tantôt très effilé, tantôt court et élargi à sa base, il occupe les situations les plus variables suivant les cas. Il peut avoisiner le foie, le rein, il peut descendre très bas, vers la vessie, l'ovaire, aller près de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, et enfin se porter en dedans, vers les anses de l'intestin grêle.

C'est surtout dans cette dernière position, que l'appen-

dice à l'état pathologique donne lieu à des phénomènes réactionnels, qui, au lieu d'être localisés dans la fosse iliaque droite, retentissent d'une manière uniforme dans tout l'abdomen et quelquefois avec prédominance à gauche. Nous en citons plusieurs exemples.

D'après les recherches anatomiques, faites par M. Laforgue, ce type latéral interne existe dans une proportion de 20 pour 100.

Cette situation de l'appendice peut être normale ou bien peut être due à des adhérences, à des poussées successives de péritonite péri-appendiculaire, qui peuvent l'avoir soudé à une anse d'intestin grêle, l'entraînant ainsi peu à peu au-delà du point de repère où on a coutume de le rechercher.

De ces considérations, découlent des conséquences cliniques qu'il est facile de déduire.

S'il y a appendicite, le maximum de réaction variera avec le niveau du point enflammé ou du point perforé, si le processus a abouti à une perforation. La perforation a-t-elle lieu au sommet de l'appendice, comme cela se rencontre dans un grand nombre de cas, plusieurs évolutions peuvent se faire dans la marche de la maladie.

Ou bien des adhérences péritonéales, n'ont pas eu le temps de se produire, et le pus, dont la virulence est très exaltée détermine une péritonite aiguë généralisée, ou bien il se forme une barrière en quelque sorte, qui localisera les phénomènes douloureux en une région qui correspondra la plupart du temps à la situation qu'occupe l'appendice. Si l'appendice empiète fortement sur la ligne

médiane, on comprend aisément quelle est la difficulté d'un diagnostic ferme.

Nous avons eu sous les yeux durant notre année d'externat chez M. le Dr Routier un cas absolument typique et dont nous rapportons l'observation.

L'appendice peut se trouver en rapport avec la rate et avec l'ovaire gauche, comme nous en avons eu une observation toute récente.

Hoaler a cité plusieurs cas de dispositions anatomiques de ce genre, et qu'il a constatées au cours de quelques opérations.

Lenander en a publié un cas. Le Dr Leroy dans sa thèse cite également une observation où l'appendice a été trouvé malade et adhérent à la trompe gauche.

Dans une communication de Buce Young (*Journal of anatomy and Physiology*), nous trouvons la disposition suivante.

L'intestin grêle était presque tout entier à droite, la partie sigmoïde en bas à gauche et alors le cœcum avec son appendice occupait l'hypochondre gauche, ce dernier plongeait dans le détroit inférieur.

M. le Dr Legueu dans sa *Monographie de la situation du cœcum chez l'enfant* cite un cas analogue.

« Il s'agit ici d'un homme de 57 ans, mort de tuberculose et chez lequel l'examen des viscères a permis de constater la disposition exceptionnellen que voici.

« La fosse iliaque droite, était occupée dans son entier et uniquement par des anses de l'intestin grêle. Le péritoine est lisse et uni.

« La fosse iliaque gauche, au contraire, donnait asile au

« cœcum, qui s'y présentait tout à fait superficiel avec
« son appendice.

« Le cœcum était en rapport par sa face postérieure
« avec l'S iliaque et se trouvait réuni à ce segment intes-
« tinal par un mince ligament péritonéal d'une longueur
« de 4 à 6 centimètres.

« Le côlon ascendant, loin d'occuper la région lombaire
« droite, se dirigeait obliquement de bas en haut et de
« gauche à droite vers la partie supérieure de l'abdomen.
« Arrivé au niveau du pylore, un peu en dedans du fond
« de la vésicule biliaire, il formait un coude pour se conti-
« nuer avec le côlon transverse.

« Celui-ci, d'une longueur de dix centimètres environ,
« avait une disposition normale et après avoir atteint la
« grosse tubérosité de l'estomac, redescendait, suivant le
« côlon descendant, obliquement, vers la fosse iliaque
« gauche où il plongeait profondément.

« Le revêtement péritonéal du cœcum était complet.
« L'organe était entouré de toutes parts de séreuse, et
« jouissait d'une mobilité que ses connexions avec l'S
« iliaque ne restreignaient que fort peu. L'appendice ver-
« miculaire d'une longueur de 6 centimètres était lui
« aussi recouvert par la séreuse, qui lui formait un méso.
« Il n'existait pas d'autres anomalies des viscères. »

M. Farabœuf, dans le *Progrès médical* de 1885, cite
un cas où le cœcum et son appendice étaient à gauche de
la ligne médiane.

Dans les cas que nous venons de mentionner il s'agit
évidemment d'une disposition anatomique, due à un arrêt
de développement de l'intestin.

Primitivement, le tube digestif abdominal, de l'embryon humain est à peu près rectiligne, c'est-à-dire dans le plan médian.

Le tube digestif (estomac, intestin grêle et gros intestin), coudé quand on l'examine de profil, puisqu'il forme une anse logée dans le cordon ombilical, paraît au contraire rectiligne vu de face. Son bord postérieur est attaché devant la colonne vertébrale, par le mésentère général primitif, qui contient la série des vaisseaux gastriques, entériques et coliques. Le mésentère primitif, vrai pédicule vasculaire du tube digestif abdominal, est donc une espèce de lame médiane, allant du cardia au rectum et des gros vaisseaux prévertébraux au bord postérieur de l'estomac (future grande courbure). Le terme général mésentère primitif comprend donc trois portions mésogastre, mésentère proprement dit et méso-côlon.

Si l'intestin ne doit pas acquérir un grand développement, il pourra s'allonger, décrire des circonvolutions dans sa portion grêle et dans sa portion grosse sans que l'unité, la continuité générale soit détruite, sans qu'il y ait une séparation quelconque entre le mésentère grêle et le mésentère gros du méso-côlon. Les anses de l'intestin grêle, pourront se développer à droite, comme dans le cas de Bruce Young, que nous avons décrit plus haut, laissant le cœcum à gauche de la ligne médiane.

Les colons peuvent ne pas être à leur place ordinaire eux aussi.

Sans qu'il y ait arrêt de développement, il peut exister quelquefois, une inversion des viscères, qui reporte le cœcum et son appendice, sur la ligne médiane, et même

à gauche de cette ligne médiane où il déterminera à l'état pathologique les symptômes auxquels nous faisons allusion. Dans ce dernier ordre de choses, d'après M. Glénard, l'entéroptose jouerait un certain rôle. Il peut se produire un relâchement des différents moyens de contention des viscères et un déplacement de ces organes de leur situation normale. Chez certains sujets à ventre mou et flasque, chez certaines femmes épuisées par des grossesses répétées, et dans un état de misère physiologique assez accentuée, on trouve souvent un abaissement du côlon transverse, un rétrécissement du côlon transverse. Grâce à cela on peut sur ces individus, percevoir aisément les battements épigastriques ; et point intéressant à noter pour nous, le cœcum avec son appendice est souvent rejeté en dedans.

Dans un grand nombre de cas, où la nature de l'affection est hors de doute, la douleur initiale après avoir été localisée à droite, présente peu de temps après, son maximum à gauche. L'explication de ce phénomène se trouve probablement dans le nombre des anastomoses et des relations du réseau nerveux sympathique de l'abdomen. Enfin, le fait de la diffusion des agents infectieux de l'appendicite par les lymphatiques nous fournit une nouvelle donnée sur la formation de ces abcès à distance, sans parler de leur absorption par des chylifères ou les lymphatiques, qui les transportent à distance et leur permettent d'aller se localiser dans différents organes, pour y déterminer des infections spécifiques, il y a aussi un mode plus simple et qui entre précisément en cause dans ces manifestations à gauche. Nous voulons indiquer

par là, la lymphangite du feuillet pariétal du péritoine. Il faut que la lésion appendiculaire ait pu infecter les lymphatiques pariétaux, c'est-à-dire que des connexions se soient établies entre les lymphatiques de l'appendice et ces derniers.

Or un seul processus peut permettre cette infection, c'est la formation de néamembranes et par leur intermédiaire de néonastomoses lymphatiques. Dans ce cas l'infection à distance ne se produit que par l'intermédiaire de la lésion locale et non par les voies normales.

C'est ce qui explique que dans certaines circonstances avec un tympanisme très étendu, on sente surtout de l'empâtement profond et douloureux dans la fosse iliaque gauche, et que l'intervention soit pratiquée à ce niveau.

Mlle Gordon, dans sa thèse cite deux exemples de ce genre pris sur des enfants, chez lesquels on n'avait pu recueillir que fort peu de commémoratifs sur le début de l'affection.

Nous relatons du reste un fait du même genre, dans une observation personnelle, qui a les premiers jours dérouté le diagnostic. Maximum d'empâtement à gauche, avec douleur très vive à la pression, on incise, et par l'ouverture pratiquée, s'écoule du pus en grande abondance.

Dans certains cas, la péritonite iliaque droite consécutive à une appendicite ne reste pas limitée en ce point, l'inflammation et la suppuration, peuvent, en effet, se diriger en dehors, en haut ou en dedans et en bas vers le petit bassin. Elles peuvent gagner la fosse iliaque et l'hypochondre gauche. On a alors affaire à ces formes de pérysgmoïdite que décrit Obratzff, et on comprend que les

phénomènes morbides soient, à un certain moment plus développés à gauche qu'à droite (Obs. XII et XVII). Sur vingt-quatre cas, Obratzoff a observé neuf fois cette propagation de lésions vers l'S iliaque, et dans huit de ces cas les lésions gauches (périsygmöïdite) prédominaient notablement sur les lésions droites péri-typhlite.

Avant d'aborder l'étude des symptômes ; nous passerons rapidement en revue les différentes théories, qui ont été émises, au sujet des altérations de l'appendice.

D'après M. Roger de Lille, l'appendice aurait des tendances à s'oblitérer avec l'âge, en même temps qu'il s'atrophie.

Pour lui, cette oblitération ne serait pas due à l'inflammation, il existe dans un tiers des cas, la disposition suivante, du moins chez les vieillards. La lumière est oblitérée en partie, cette partie oblitérée est plus grêle, que celle qui est restée intacte, et un autre caractère, qui permet de supposer dans bien des cas à l'existence de cette modification, c'est la forme en massue de l'extrémité de l'appendice.

Ce renflement terminal est séparé du reste de l'organe, par une sorte d'étranglement.

Mais d'après une théorie récente, cette disposition ne doit pas exister, du moins d'une façon assez accentuée, pour ne pas laisser subsister la perméabilité du trajet de l'appendice. Nous voulons parler de la théorie du vase clos de M. Dieulafoy. Et de fait nous avons pu observer durant notre externat chez M. Routier, des appendices ayant donné lieu à des phénomènes réactionnels très

intenses ; et où la lésion était simplement constituée par un étranglement de ce genre.

Les expériences de M. Roger viennent à l'appui de cette théorie.

Dans l'appendice on peut trouver aussi des calculs, ou des corps étrangers. Que ces calculs, soient les résultats de certaines concrétions, accrues par l'adjonction de couches nouvelles ou qu'ils consistent dans un petit amas de matières fécales, ils donnent lieu à des altérations, qui se succèdent dans l'ordre suivant.

Tout d'abord quand le calcul a acquis un certain volume, il provoque la contraction de la couche musculaire de l'appendice. Celle-ci comprime la muqueuse sur le corps étranger ; mais par suite des alternatives de pression et de relâchement, elle n'éprouve d'abord que peu de dommage. Mais à un degré plus avancé, la distension exagérée produite par une pierre de grande dimension et parfois garnie d'aspérités a pour résultat une sorte d'étranglement de la membrane interne de l'appendice.

Peu à peu l'épithélium s'altère aux points les plus serrés, le chorion s'amincit ; et la perforation gagne les différentes couches de proche en proche d'autant plus facilement que sous l'influence de la compression du calcul et de la zone circulatoire, qui en est la conséquence, les éléments anatomiques s'altèrent rapidement. Sans compter la virulence des microbes, qui habitent l'appendice, et qui activent le processus.

Même dans les cas, où il n'existe pas de calcul, si la lumière du canal appendiculaire est obstruée à un certain

endroit, le coli-bacille, que l'on y rencontre à l'état normal acquiert une très grande violence.

A un premier degré, la cavité de ces appendices est un peu dilatée, et remplie bien souvent, d'un liquide lactescent. La face interne de la paroi est veloutée, rougeâtre et violacée.

Dans l'épaisseur des parois, on trouve dans les appendices peu anciennes, des vaisseaux en grand nombre, principalement du côté du hile de l'organe, et dans le méso-appendice. Cette augmentation du nombre des vaisseaux, en rapport avec les phénomènes inflammatoires, existe aussi bien pour les cas anciens que pour les cas récents. C'est ce qui explique les adhérences ; qui se produisent au cours de certaines attaques d'appendicite.

Où peut poser en principe avec M. Clado, que tout ce qui est adhérence supérieure, résulte de la fixation de l'organe pendant la vie intra-utérine et peut être considéré comme une anomalie de développement. Tandis que les adhérences, avec le rectum, le ligament large, la vessie, l'S iliaque et l'intestin grêle sont d'ordre inflammatoire.

Quand la perforation se produit, elle a lieu la plupart du temps, à l'extrémité de l'appendice.

Ceci semble s'expliquer, par la disposition glandulaire de l'organe. Les glandes sont très multipliées à l'extrémité inférieure ; leur suppuration entraîne une désorganisation plus étendue de la paroi ; d'où l'amincissement et la perforation plus facile.

Quelquefois, sans qu'il y ait perforation, le *bactérium coli*, peut fuser à travers la paroi distendue, grâce à l'al-

tération de l'épithélium. Le coli-bacille, pénètre dans cette paroi et la traverse même à l'exclusion de toute perforation, pour donner lieu à des lésions inflammatoires localisées, soit à une péritonite, qui peut être limitée ou généralisée. Il y a des cas où les abcès péri-appendiculaires se forment, sans que l'organe présente une solution de continuité. On a également décrit des péritonites indépendantes de la perforation ; ce sont des lésions dites de propagation et dont nous avons parlé plus haut.

Quant aux causes occasionnelles de l'appendicite, elles peuvent être de plusieurs ordres. Nous ne ferons que les signaler.

La constipation habituelle, par exemple, est une cause prédisposante incontestable. Une nourriture grossière et aussi l'abus dans la nourriture trop azotée ; surtout chez les arthritiques, prédisposent à l'appendicite.

C'est pourquoi certains auteurs ont cru pouvoir décrire des appendicites familiales, en évoquant l'idée de la diathèse héréditaire. Enfin dans ces derniers temps, où on s'est particulièrement occupé de la question, on a remarqué que les exercices violents pouvaient favoriser l'éclosion d'appendicites. Enfin autrefois on croyait que l'appendicite était une maladie du jeune âge, mais les cas nombreux relevés chez des sujets âgés, ne permettent pas d'accepter cette opinion, du moins d'une façon trop absolue.

III. — SYMPTOMES

Des considérations que nous avons faites, au point de vue anatomo-pathologique découle, au point de vue de l'étude des symptômes, la division suivante :

Cas dans lesquels il y a coexistence des phénomènes inflammatoires à droite et à gauche.

Signes d'inflammation localisée à gauche.

Enfin prédominance de symptômes à gauche avec phénomènes de péritonite généralisée.

A. — Coexistence de signes d'inflammation à droite et à gauche.

Classiquement les symptômes de l'appendicite sont les suivants :

Douleur vive ou fixe, irradiée ou non, le plus souvent provoquée par la pression, ayant son siège maximum en un point situé au milieu d'une ligne tirée de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Point de Mac-Burney. Apparition brusque de cette douleur en coup de poignard. (Roux de Lausanne).

Un certain degré de contracture à ce niveau du muscle sous-jacent, avec hyperesthésie cutanée de la région correspondante. (Dieulafoy).

Quelquefois, à ce niveau, présence d'une tumeur, ou

tout au moins, un certain degré d'empâtement de la fosse iliaque droite. La localisation du point douloureux maximum et de la tumeur, quand elle existe, joue en l'espèce un rôle capital prépondérant.

Mais dans les cas auxquels nous faisons allusion, le siège de la douleur spontanément accusée par le malade ou provoquée par la palpation est le plus souvent à droite quelquefois à gauche, puis s'étend assez rapidement aux deux côtés, et acquiert même son maximum dans la région gauche de l'abdomen. De même la tuméfaction due à la réaction péritonéale présente un maximum gauche.

La bilatéralité des phénomènes, avec maximum à gauche, était très nette dans les observations VII, XII, XIII et XVII.

L'observation XII, principalement, est pleine d'intérêt à ce sujet. Il s'agit d'un homme, pris subitement de violentes douleurs, qu'il ne peut localiser. Au moment d'être emmené à l'hôpital, il ressent une douleur abdominale qui aurait été au début, disait-il, plus violente à droite qu'à gauche. Puis arrivé à Saint-Antoine, ballonnement considérable du ventre ; douleur nettement plus violente à gauche ; submatité immédiatement au-dessus de deux arcades crurales. Le chirurgien guidé par les commémoratifs du début, incise à droite et fait une ouverture médiane pour explorer l'hypochondre gauche, qui contenait aussi du pus. Ici la propagation de la douleur est caractéristique.

Voici comment Obratzoff décrit la symptomatologie de cette forme d'appendicite : après avoir fait remarquer que l'appendicite peut s'étendre à la fois en haut et en bas et

donner lieu à une péri-typhlite et à une pérysygmœidite concomitantes, il s'occupe surtout des cas où cette dernière prédomine. « Les symptômes sont plus tardifs que dans la péri-typhlite, ne se montrant que cinq à neuf jours après le début de l'affection. Outre les phénomènes subjectifs, miction et défécation douloureuses, douleurs autonomes dans la fosse iliaque gauche, on a ici des signes physiques des plus nets ; saillie de la paroi, matité au-dessus du pubis, allant de la fosse iliaque gauche, transversalement, ou le plus souvent obliquement en haut et à droite, et, arrivé sur le bord externe du grand droit de l'abdomen du côté droit, descendant jusqu'au pubis, le long de ce même bord. Le point le plus culminant de la saillie abdominale se trouve à deux travers de l'ombilic toujours près du bord externe du muscle droit de l'abdomen du côté droit. Parfois, ce point culminant se trouve sur la ligne médiane, et la saillie rappelle, par sa forme en poire la vessie distendue. Sans parler du cathétérisme décisif en ce cas, le son n'est pas à la percussion, d'une matité franche comme dans la distension vésicale, c'est plutôt un mélange de matité et de tympanisme. A la palpation, souvent gargouillement comme dans la péri-typhlite ; la pérysygmœidite se distingue par l'épaississement et la dilatation de l'anse du côlon, donnant à la palpation la sensation d'un bourrelet résistant, très douloureux, l'S iliaque, étant dilatée, jusqu'à 8 et 9 cent. de diamètre, ne descend pas directement dans le petit bassin, mais forme une anse rappelant par sa forme un Ω (oméga), et directement appliquée contre la paroi abdominale, d'où saillie, résistance, matité et douleurs au-dessus de l'ar-

de pubienne et de la fosse iliaque gauche ; d'où ce tableau clinique paradoxal de l'appendicite de la fosse iliaque gauche, tandis qu'à droite les symptômes sont relativement très peu marqués.

De même que dans la péri-typhlite l'inflammation ne remonte pas jusqu'au côlon transverse, la péri-sygmôidite ne s'étend pas jusqu'au côlon descendant. On peut constater nettement par la percussion le passage d'un segment d'intestin résistant douloureux et mat, à un autre segment dilaté, tendu, mais indolore et donnant le son sonore du côlon descendant. Il n'y a pas de raison pour admettre de différence quantitative ou qualitative du contenu de ces deux segments intestinaux, qui sont en continuation directe l'un avec l'autre. Il faut donc admettre que la matité de l'S iliaque est due à l'épaississement de ses parois et du péritoine pariétal et à l'exsudat inflammatoire. Outre les signes physiques, identiques dans la péri-typhlite et la péri-sygmôidite, la ressemblance des deux processus devient plus frappante par la formation de bosselures en chapel et le long du bord externe du muscle droit de l'abdomen.

La durée de la péri-sygmôidite est plus longue, que dans les formes précédentes, de trois semaines à deux mois, parfois de trois à quatre mois.

Tout ce qui a été dit à propos de l'extension de la péri-appendicite simple, peut être répété pour l'appendicite perforante : même matité dans la fosse iliaque droite, ou plus ou moins généralisée ; même sensation de résistance, même passage au cœcum et au côlon descendant (péri-typhlite suppurée) ou à l'S iliaque et à l'anse syg-

moïde du côlon (péri-sygmôïdite suppurée). Mais l'appendicite perforante a une tendance à la généralisation de la péritonite.

Mais on peut faire ici une remarque, qui s'applique aussi il est vrai aux autres péritonites : c'est que le syndrome typique de l'infection péritonéale, douleur très vive, météorisme, vomissements porracés, température élevée, varie un peu avec la nature de l'infection. Ce sont surtout les suppurations, streptocoques qui revêtent ce caractère d'intensité, quelle qu'en soit l'abondance. Les autres, celles qui dépendent d'une infection du péritoine par les saprophytes et spécialement par le bactérium coli offrent des signes plus atténués.

Comme l'a montré M. Courtois-Suffit, ici douleur peu intense, au bout d'un certain temps, météorisme absent ou même remplacé par la dépression en bateau de la paroi abdominale; vomissements rares. Tout autant de symptômes, qui déroutent le diagnostic et retardent l'intervention chirurgicale dont la précocité seule pourrait sauver le malade. Car sous des allures bénignes, les cas qui évoluent de cette façon sont des plus redoutables, car il s'agit d'un véritable empoisonnement.

Chez les enfants, il n'est pas rare de voir les phénomènes douloureux être très modérés. Tous les auteurs s'accordent pour signaler la fréquence des formes insidieuses chez l'enfant, commençant sous les allures d'un simple embarras gastrique, se terminant par une perforation suivie de septicémie rapide.

Ici surtout la température n'a pas plus de valeur fixe que la douleur. Souvent elle est assez élevée dès le dé-

lut, mais sauf dans le cas de péritonite septique, au sens où l'entend M. Courtois-Suffit, c'est-à-dire de péritonite suraiguë produite par les microbes pyogènes, elle ne monte généralement pas très haut.

Or, dans bien des cas, c'est le coli-bacille qui est l'agent nous ne disons pas exclusif, mais principal de l'infection et on sait que la température est en général basse dans les infections de cet ordre.

L'hypothermie, surtout après une ascension antérieure de la température, est toujours d'un pronostic grave.

Pour certains chirurgiens, la coïncidence de la fréquence du pouls et de l'abaissement de la température doit faire songer à l'imminence de la perforation et décider de l'intervention immédiate.

Quelquefois la réaction péritonique peut faire défaut. Les vomissements peuvent manquer. La douleur avouons dit est parfois très atténuée, en raison de ce que ces péritonites dépendent de micro-organismes plutôt saprogènes que pathogènes, en présentant des septicémies d'origine péritonéale plutôt que des péritonites. Ainsi dans certains cas d'appendicite où la marche a été très rapide, en vingt-quatre heures par exemple, les lésions étaient au minimum.

Vascularisation un peu intense de la séreuse, avec un léger exsudat peu abondant, et à odeur fétide et c'était tout.

B. — *Signes d'inflammation à gauche.*

Ici il s'agit d'une véritable appendicite à gauche et nous ferons remarquer ici, que cette forme coïncide pres-

que toujours avec une situation anormale de l'appendice. Dans notre observation IV et VI, nous voyons à gauche se passer tous les phénomènes qu'on est habitué à voir évoluer dans la fosse iliaque droite. Du reste nous ajoutons à nos observations un fait intéressant analogue au précédent.

Il s'agit d'un de nos amis, pris subitement de douleurs très vives dans l'abdomen à gauche avec vomissements, etc. Les médecins appelés auprès de lui sont d'avis de temporiser, jusqu'au jour, c'est-à-dire deux ou trois jours après, où l'on sent à gauche, de l'empâtement bien limité, douloureux. Le chirurgien est appelé, et une laparotomie latérale faite en cet endroit donne issue à du pus bien lié et fétide. Inutile de dire que dans cette forme, les symptômes généraux sont les mêmes, que dans toutes les autres formes de péritonite par perforation, aussi nous n'y reviendrons pas.

C. — *Prédominance des symptômes à gauche,
avec péritonite généralisée.*

Nous trouvons ici tous les signes d'une péritonite généralisée mais les douleurs sont beaucoup plus intenses à gauche, à un certain moment, qu'elles aient débuté en ce point (Obs. I, III, IX, XIV) ou à droite Obs. II, XI et XVIII).

Dans ces cas, l'appendice était dans sa position normale, mais il s'agissait alors d'une péritonite à généralisation rapide, comme dans l'observation XI, ou bien de

suppuration à distance comme dans l'observation XVIII.

Dans ce dernier cas en effet, nous voyons un empâtement très douloureux à la pression et très nettement délimitable dans la fosse iliaque droite, faisant une saillie appréciable à la vue, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale. Quatre jours après, on constate, qu'il existe à gauche de l'ombilic, de la douleur plus vive et de la submatité. Le lendemain, ventre météorisé, douloureux, surtout à gauche ; on fait une laparotomie médiane, et on trouve, des anses intestinales agglutinées par des fausses membranes et du pus, à gauche, en explorant la fosse iliaque, on trouve une poche pleine de pus fétide, et à droite, vers le cœcum, on se trouve en présence d'une autre poche, formée, par des adhérences intestinales et renfermant du pus séreux. Dans cette forme on voit l'importance qu'il faut attacher aux commémoratifs du début, de l'attaque en quelque sorte, pour attacher la péritonite à sa véritable cause, ou tout au moins pour y songer. Les douleurs primitivement localisées à droite avec de l'empâtement, puis l'exagération de ces signes à gauche, mettront sur la voie du diagnostic.

Notons cependant que dans un cas, la douleur, qui avait débuté sans localisation précise a fini par acquérir nettement son maximum à gauche (Obs. XV).

De même, le ballonnement abdominal peut avoir son maximum dans l'hypochondre ou la fosse iliaque gauche.

IV. — DIAGNOSTIC

En présence de symptômes aussi complexes, il est souvent bien difficile de porter un diagnostic précis. Du reste la prédominance de symptômes à gauche, déroute le médecin d'autant plus aisément qu'on ne localise les signes de l'appendicite que dans la fosse iliaque droite. On est tellement habitué à les rechercher en cette région que l'on élimine de prime abord comme appendicite, ce qui n'est pas nettement limité à ce niveau. *En principe, il est évident que c'est à droite, qu'il faut avant tout rechercher les symptômes de cette affection.* Dans la grande majorité des cas elle débute de ce côté, alors même qu'elle aurait un retentissement plus éloigné. Mais d'après les faits que nous avons passé en revue, il faut conclure qu'on ne doit pas rejeter la possibilité de l'appendicite, et qu'il faut y penser, quand bien même il y aurait prédominance à gauche, ou lorsque les phénomènes morbides sont exclusivement localisés dans la fosse iliaque ou l'hypochondre gauches.

Cependant lorsque le malade a eu plusieurs crises douloureuses auparavant, et surtout quand elles se sont localisées dans la fosse iliaque droite, on doit songer à l'appendicite. On tiendra compte également des circons-

trances au cours desquelles la crise douloureuse s'est produite.

C'est ainsi que chez quelques accouchées, il survient parfois, de la paramétrite, ou inflammation du tissu cellulaire du petit bassin et plus particulièrement de la couche conjonctive incluse entre les feuillets du ligament large. Mais ici le début est plus lent, la température est un peu élevée et au bout du quatrième jour, on constate par le toucher une infiltration rénitente et douloureuse du ligament large. Sous l'influence du traitement approprié tous ces phénomènes ne tardent pas à s'amender.

Les annexites peuvent quelquefois donner le change, aussi chez les femmes, faut-il dans l'examen de la malade examiner les organes génitaux si le diagnostic présente des difficultés. Il est vrai qu'il n'est pas toujours aisé, lorsqu'il y a union d'une appendicite et d'une annexite.

En somme, en présence d'une péritonite généralisée, on songera à l'appendicite, si le malade, bien qu'ayant des symptômes très accusés à gauche, a eu le syndrome classique de cette affection. C'est-à-dire douleur brusque au début dans la fosse iliaque droite, avec vomissements, météorisme, etc.

Cependant, si les symptômes de début ont été peu accusés, ou si les commémoratifs font défaut comme lorsqu'il s'agit d'un enfant, on peut penser à une perforation intestinale.

Du reste, le diagnostic étiologique a ici peu d'importance. *En effet, quelle que soit la cause de la péritonite généralisée le traitement est le même.*

S'il existe des symptômes douloureux et inflammatoires

dans les deux fosses iliaques, même avec prédominance à gauche, le diagnostic sera relativement aisé. Dans ce cas, *le début a eu lieu à droite*, et a été accompagné des phénomènes réactionnels classiques. Ce n'est qu'au bout de quelque temps, que la douleur survenant aussi à gauche, y acquiert une plus grande intensité. Une interrogation minutieuse du malade du ou son entourage sur l'évolution de la maladie, mettra sur la voie.

Mais quand les symptômes n'existent qu'à gauche, le diagnostic devient des plus difficiles. C'est surtout dans cette circonstance qu'il faut examiner soigneusement le malade ; tant au point de vue de ses antécédents que de ses habitudes et de sa profession. Ainsi de violentes coliques de plomb, peuvent déterminer des phénomènes douloureux très intenses, coëxistant avec une constipation opiniâtre, un pouls petit et polychrote. Mais la profession du malade, la présence du liseré sur les gencives, et la paralysie des extenseurs, ou tout autre manifestation du saturnisme feront faire le diagnostic.

Toutefois quand l'attaque d'appendicite survient chez un individu manipulant le plomb, le diagnostic est bien difficile à établir.

On peut penser aussi à un volvulus, mais la symptomatologie est à peu près la même et à part quelques petits signes différentiels ; tels que le ténesme, vomissements fécaloïdes précoces ; il est bien difficile de le distinguer d'avec l'appendicite. D'autant plus que souvent, le volvulus, siège au niveau de l'os iliaque, où il détermine des phénomènes analogues à ceux que nous avons décrits au sujet de l'appendicite à gauche,

Nous ne parlerons pas du diagnostic différentiel, de l'appendicite à gauche avec les causes d'occlusion telles que : l'obstruction par masses fécales, les rétrécissements cancéreux et l'invagination chronique. Ici en effet comme dans les affections à évolution progressive, la marche de la maladie, ne revêt pas le caractère de brusquerie de l'attaque appendiculaire.

Mais quand l'empâtement apparaît dans la fosse iliaque gauche, et s'accompagne d'élévation de la température, le diagnostic sera encore à faire avec toutes les causes d'inflammation ou de tuméfaction susceptibles de se développer en ce point. L'ostéomyélite de l'os iliaque, le psoïtis, le phlegmon du ligament large, etc.

Cependant le minutieux examen des régions où se développent ces affections, leur évolution, permettra de rapporter ces symptômes, à leur véritable cause.

V. — TRAITEMENT

Dans toutes les différentes formes que nous avons signalées, l'intervention chirurgicale est le traitement de choix ; et dans la plus grande partie des cas, la difficulté d'un diagnostic précis ne changeront guère la conduite à tenir.

A-t-on affaire à une péritonite générale, la laparotomie médiane, pratiquée suivant les règles que nous n'avons pas à indiquer ici, avec la meilleure manière de sauver le malade.

Lorsqu'on se trouvera en présence des symptômes douloureux, siégeant dans les deux fosses iliaques, deux méthodes peuvent être mises en parallèle, ou bien faire une laparotomie médiane, ou bien avoir recours à une laparotomie latérale pratiquée au niveau du point le plus empâté, quitte à faire une contre-ouverture sur le côté opposé. Il va sans dire que tout en donnant issue aux liquides septiques, on évitera de rompre les adhérences qui limiteraient des foyers. On risquerait en effet de la sorte, de transformer, sans cette précaution, des péritonites enkystées, en péritonites généralisées.

Enfin a-t-on des symptômes localisés dans la fosse iliaque gauche ; ou bien il y a à un moment donné, péritonite généralisée et la conduite à tenir est celle que nous

avons indiquée plus haut. Ou bien, les phénomènes morbides continuent à évoluer à gauche, à un moment donné, on sentira à ce niveau de l'empâtement de la fluctuation profonde, et c'est à cet endroit qu'on pratiquera une ouverture.

OBSERVATIONS

Observation 1

(Communiquée par M. le Dr Routier).

Le lundi 9 juin 1890, après un déjeuner fort simple, le nommé V. âgé de 23 ans, géomètre à Neuilly, est pris d'une douleur très vive dans le ventre ; au niveau de *l'hypochondre gauche*.

Il rentre chez lui, se couche et dans la nuit est pris de vomissements alimentaires.

Le mardi le Dr Catusse, voit le malade et le purge. La purgation est vomie : ni selles, ni gaz, ni urines.

Le mercredi, une piqure de morphine fait attendre le malade jusqu'au soir. Je le vois à 8 h. 1/2.

Facies anxieux, sueurs profuses, langue sèche, pouls petit, 1.0, température 38 ; ventre ballonné, douloureux partout, sonore partout ; pas d'urine dans la vessie.

Rien dans le rectum, vomissements porracés.

Je pense à une péritonite ; cependant je fais appliquer outre la glace sur le ventre et l'opium, un lavement électrique.

La nuit est mauvaise.

Le jeudi, le Dr Larat donne un lavement électrique.

Quelques matières sans gaz. J'émetts l'hypothèse d'étrangle-

ment par bride, situé assez haut avec péritonite. Dans l'après-midi, débâcle.

Le malade est apporté à Laënnec, où son état paraît assez bon pour qu'on ne m'appelle pas.

Le 13. — Il y a dix selles abondantes cette nuit sans rien de particulier. Facies bon, pouls 90, langue humide.

Le 14. — Le malade est très bien, mais a encore un peu de diarrhée.

Le 15. — Dans la nuit, le malade a eu de la diarrhée colliquative, au matin, deux vomissements porracés, mort à deux heures.

A l'autopsie. — Péritonite généralisée, perforation, qui répond à un gros noyau contenu dans sa cavité. Le noyau est formé de matières fécales autour d'un poil.

Observation 2 (résumée).

(Schwartz *Bull. de la Soc. de chir.*, 1890, p. 638).

Femme de 30 ans, prise le 27 septembre de coliques très vives, subitement, sans raison apparente, avec localisation dans la fosse iliaque droite, avec constipation. A la suite de l'administration de deux purgatifs, les coliques diminuent, mais tout le ventre devient douloureux et se ballonne, en même temps que se déclarent des vomissements verdâtres et un hoquet continu. Depuis quelques jours il existe de l'ictère.

Le 21 octobre. — Au moment où M. Schwartz est appelé à voir la malade, l'état est le suivant : facies tiré, hippocratique, un peu cyanosé, nez froid, pouls petit, battant environ 130 à la minute, température oscillant entre 38 et 39 degrés, tombée la veille à 38°5, respiration courte et fréquente, vomissements porracés, hoquet continu. Le ventre est uniformément ballonné

et tympanique. A un rapide examen, on ne trouve nulle part d'empâtement ni de fluctuation. La fosse iliaque gauche est très douloureuse. MM. Schwartz et Routier portent le diagnostic de péritonite généralisée d'origine inconnue.

Laparotomie médiane. — Anses d'intestin grêle très distendues, exsudats fibrino-purulents qui agglutinent les anses les unes aux autres et à la paroi et qui sont surtout abondants à gauche d'où sort, à un moment donné, une certaine quantité de liquide sanguinolent, par suite de la rupture d'adhérences. Le cœcum et l'S iliaque sont vides ; subitement en plongeant plus avant dans la fosse iliaque droite, le doigt crève une poche pleine de pus fétide et de gaz et contenant deux pépins de citron. Incision au-dessus de l'arcade de Fallope, qui permet d'arriver sur l'extrémité inférieure du cœcum et sur l'appendice iléo-cœcal. Celui-ci baigne dans le pus ; il est absolument détruit au niveau de son extrémité et adhère très fortement à la fosse iliaque. On le lie et on le cautérise, puis on l'enlève en totalité. Lavage du péritoine par la plaie médiane. Fermeture complète de cette plaie ; tamponnement à la gaze de la plaie de la fosse iliaque droite.

Mort à huit heures du soir.

Observation 3 (résumée).

(Jalaguier, *bull. de la Soc. de Chir.*, 1892, page 382 ; Jacob, Thèse de Paris, 1893, p, 64)

Enfant de dix ans et demi, ayant eu deux légères attaques d'appendicite il y a 6 mois et il y a 1 mois. Le 21 mars 1892, les mêmes accidents se reproduisent, les douleurs partent du cô-

té gauche et irradiant dans la verge. Reçu dans la soirée du 24 à l'hôpital Trousseau. M. Legroux le fait passer le lendemain en chirurgie.

Le diagnostic de péritonite généralisée ne faisait pas de doute; vomissements incessants; ventre uniformément ballonné et très douloureux, surtout dans la fosse iliaque gauche; facies griffé; pouls 120; température 38°5.

Laparotomie médiane. Grande quantité de pus dans la fosse iliaque gauche. Les anses intestinales visibles dans la plaie sont recouvertes de fausses membranes, d'autant plus jaunâtres et d'autant plus épaisses qu'on se rapproche du côté droit. En arrivant près du cœcum; on tombe sur une nouvelle collection purulente contenant une petite boulette fécale. Deux drains du côté du cœcum, deux dans le bassin où existait aussi du pus, un du côté gauche, etc.

Suites simples. Le 4 mai l'enfant était guéri et quittait l'hôpital le 14 mai.

Observation 4 (résumée).

(Ryerson-Fowler, *Méd. News*, 26 nov. 1893)

Garçon de seize ans. Début par douleurs abdominales, nausées et vomissements, le docteur Fowler le vit le deuxième jour. L'abdomen était distendu avec un empâtement un peu plus prononcé à gauche. On constatait une sensibilité de trois pouces environ, au-dessous du grand droit gauche, commençant à l'ombilic et s'étendant en bas. Matité dans le flanc et la fosse iliaque gauches. La sensibilité était surtout très vive dans la région lombaire gauche, s'étendant jusqu'au bord inférieur des

côtes en arrière. Le diagnostic d'appendicite gauche fut fait, et le même jour on fit la laparotomie médiane.

Une grande quantité de sérosité purulente s'écoule du péritoine. On trouve une large cavité suppurée à gauche de la ligne médiane répondant au siège de la matité constatée. La tête du côlon et le cœcum étaient déviés de leur position normale, recourbés à gauche et en haut vers l'ombilic, et pendus au milieu de fausses membranes adhérentes.

Le malade succomba le troisième jour.

L'autopsie montre l'appendice gangrené et perforé; le cœcum était situé à gauche de la ligne médiane de niveau avec l'ombilic. Outre l'abcès péritonéal, il existait une deuxième cavité purulente communiquant avec la première et s'étendant en haut et en arrière dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal.

Observation 5 (résumée).

Ryerson Fowler, *Med. News*, 25 novembre 1893.

Homme de dix-neuf ans, entré à l'hôpital avec les signes d'une péritonites cystique, sept jours après le début de l'affection. Deux jours avant l'entrée à l'hôpital le médecin avait constaté au-dessous du grand droit gauche une tumeur qu'il avait rapportée à un engorgement fécal. Au début les douleurs abdominales avaient été généralisées. A l'incision de l'abdomen il s'écoula une grande quantité de sérosité purulente libre dans la cavité péritonéale. Le cœcum fut trouvé immédiatement derrière l'ombilic regardant à gauche; l'appendice située sous le grand droit gauche juste au-dessous de l'ombilic. On n'enlève pas l'ap-

pendice à cause de l'état général du malade. Mort quelques heures après l'opération.

Autopsie. — Appendice gangrené et perforé, dans la situation ci-dessus décrite.

Observation 6 (résumée).

(Ryerson Fowler. *Med. News*, 25 nov. 1893).

Femme de 25 ans, qui fut prise brusquement de coliques violentes avec nausées et vomissements. Le ventre était douloureux partout, avec une douleur un peu plus marquée au niveau du bord externe du grand droit à gauche. On crut à une simple colique intestinale. Quarante-huit heures après, en se levant pour uriner, la malade ressent une douleur vive à gauche de l'ombilic, suivie bientôt de douleurs généralisées avec collapsus intense et mort au bout de sept heures.

L'autopsie montra une appendice perforante. Le cœcum était maintenu par un court méso-côlon, presque directement au-dessus du promontoire sacré; l'appendice, recourbé en haut et en dehors du grand droit gauche, était épaissi, infiltré et perforé à la partie moyenne. Péritonite généralisée.

Observation 7 (résumée).

(Ch. Monod. *Bull. de la Soc. de chir.*, 3 oct. 1894, p. 636).

Enfant de 6 ans, pris le 18 juin 1892, de vomissements, fièvre, ballonnement du ventre, submatité dans le flanc droit; il y a de la submatité dans les deux fosses iliaques. Le 24 juin, la

tuméfaction qui augmente depuis deux ou trois jours, est manifestement plus considérable à gauche qu'à droite; elle forme une saillie visible. En même temps, la douleur au palper est plus vive à gauche qu'à droite. Le 25 et le 26, le ventre n'est plus douloureux, sauf en un point à gauche de la ligne médiane.

En raison de la localisation des signes physiques qui n'est pas celle qu'on a l'habitude d'observer dans l'appendicite, on fait d'abord sur la ligne médiane, un peu à droite de celle-ci, une ponction exploratrice qui ramène du pus.

Incision le long du bord externe du muscle droit du côté droit. Evacuation de pus et de gaz. Le fond de la cavité ainsi ouverte, est occupé par une anse intestinale couverte de grosses granulations sans caractère évident. « J'explore cette cavité avec le doigt, particulièrement à gauche, pour me rendre compte de la cause de la douleur accusée par le malade de ce côté. Je pénètre ainsi dans un second foyer bien limité, d'où s'échappe un nouveau flot de pus ». Du côté droit, il n'y a pas à proprement parler de foyer limité, mais seulement un espace ménagé entre la masse intestinale et la paroi abdominale, dans lequel le doigt s'insinue. Toutes ces parties, et particulièrement la cavité gauche, sont touchées et nettoyées avec une éponge imbibée d'une solution d'oxycyanure à 1/200. Deux drains, l'un dans le foyer de gauche, l'autre sous la lèvres droite de la plaie.

Le lendemain l'enfant va bien, ne souffre pas. Le surlendemain il est pris de phénomènes méningitiques et meurt.

Observation 8 (résumée)

A. Frenkel. *Soc. de méd. interne de Berlin*, 5 janvier 1891.

Compositeur d'imprimerie, qui fut pris de coliques abdominales et n'avait pas de fièvre. La fosse iliaque droite n'était pas douloureuse ; les phénomènes douloureux étaient localisés à gauche. On pensa à une colique de plomb.

Peu à peu se développa une tuméfaction qui atteignit la région ombilicale et dépassa à droite la ligne médiane.

Après une ponction exploratrice, qui révéla l'existence d'un pus fécaloïde, on fit l'opération. L'abcès descendait dans le petit bassin et contenait un demi-litre de pus.

Peu de temps après, la plaie livra sortie à des matières fécales.

Guérison complète.

Observation 9 (résumée)

(Vanverls, *Bull. de la Soc. anat.*, 17 avril 1896, p. 280).

Homme de cinquante-trois ans, ayant déjà eu deux crises d'appendicite.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital Saint-Antoine, il est pris de douleurs violentes dans la fosse iliaque gauche, qui irradient ensuite dans tout l'abdomen.

Au moment où nous le voyons (le 8 avril 1896), il est en pleine péritonite généralisée : météorisme abdominal généra-

lisé, palpation du ventre douloureuse, avec maximum très net dans la fosse iliaque gauche, submatité dans les deux fosses iliaques et la région hypogastrique; visage grippé, température 39 degrés, pouls petit et rapide.

On porte le diagnostic de péritonite, due probablement à une perforation intestinale.

M. Potherat, remplaçant M. Monod, veut bien nous confier l'opération, qui est aussitôt pratiquée; incision dans la fosse iliaque gauche; écoulement de sérosité purulente très fétide; la péritonite est généralisée sans trace d'enkystement en aucun point. L'état du malade étant très précaire, on ne prolonge pas les manœuvres.

Le malade meurt vingt-quatre heures après l'opération.

A l'autopsie, on reconnaît l'existence d'une inflammation et d'une perforation de l'appendice qui, né du cœcum normalement, se dirige en bas et en dedans et disparaît bientôt dans une masse formée par des adhérences, le réunissant au rectum et à une anse de l'intestin grêle.

Observation 10 (inédite).

Communiquée par M. Vouzelle, interne des hôpitaux.

Garçon de 8 ans, présentant depuis deux jours des phénomènes de péritonite: vomissements, constipation, crises douloureuses abdominales uniquement à gauche.

A son entrée à l'hôpital des enfants malades, on constate les signes d'une péritonite généralisée, avec maximum de douleur dans la fosse iliaque gauche.

Le chirurgien de garde, M. Guinard, pratique une laparotomie latérale gauche : la péritonite est généralisée; dans la fosse iliaque gauche on trouve des débris de poche rompue. On y trouve également le cœcum et l'appendice qui est réséqué. Drainage.

L'enfant meurt le lendemain.

A l'autopsie on constate que du cœcum situé à gauche part le côlon ascendant, qui se dirige obliquement de la fosse iliaque gauche vers l'hypochondre droit, où il se continue avec le côlon transverse, qui est normalement dirigé de droite à gauche. Le côlon descendant l'S iliaque sont situés à leur place normale. Le méso-côlon ascendant présente une largeur considérable, surtout à la partie inférieure, puisque sa ligne d'attache fixe à la paroi abdominale postérieure occupe sa situation habituelle.

Observation 11 (inédite).

Communiquée par M. Vouzelle, interne des hôpitaux.

Le nommé S..., garçon pharmacien, âgé de trente-six ans, fut pris le 16 septembre 1896 de douleurs vives dans la fosse iliaque gauche. On le soigna pour des coliques hépatiques, et en conséquence on lui administra plusieurs purgatifs, ce qui explique la diarrhée actuelle.

Il est amené à l'hôpital Andral, le 21 sept. dans la matinée. On fait le diagnostic de péritonite généralisée et on l'envoie immédiatement à l'hôpital Saint-Antoine, où il arrive dans l'après-midi du même jour. A ce moment l'état est le suivant : Ballonnement du ventre, sonorité au niveau de la région hépa-

tique, douleurs généralisées à tout l'abdomen, avec maximum dans l'hypochondre et la fosse iliaque gauches ; facies grippé ; température 40 degrés ; pouls petit à 120. Il est à noter que la palpation de l'abdomen est à peine douloureuse.

Le chirurgien de garde diagnostique une péritonite généralisée de cause inconnue, et s'abstient d'intervenir.

Le lendemain matin, M. Faure fait la laparotomie médiane la cavité abdominale renferme un liquide séro-purulent fétide avec de nombreuses fausses membranes.

Dans la fosse iliaque droite existe une poche probablement péri-appendiculaire, qui s'est rompue en avant et à gauche.

En faisant la toilette de cette poche, on retire un calcul stercoral de couleur jaune clair.

La mort survient le soir à 6 heures.

A l'autopsie on constate une perforation de l'appendice.

Observation 12

Le nommé Henri P... âgé de quinze ans, ouvrier en pianos, entre le 11 sept. 1896 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le docteur Monod, remplacé par M. Arrou.

De bonne santé antérieure, il ressentit, il y a dix jours vers 11 heures du matin, de violentes douleurs abdominales. Il quitta son travail, rentra chez lui et dut s'aliter.

Ces douleurs, qu'il ne peut localiser, persistèrent avec des vomissements et de la diarrhée continuelle. Au moment où on allait l'emmener à l'hôpital (11 septembre), il ressentit une violente douleur abdominale, qui aurait été plus aiguë à droite qu'à gauche.

L'état constaté à son entrée à Saint-Antoine est le suivant : ballonnement considérable du ventre ; douleur nettement plus violente à gauche ; à la pression la douleur qu'on réveille à gauche, est plus marquée que celle qui existe à droite ; la douleur n'existe que dans la partie sous-ombilicale de l'abdomen ; pouls petit et rapide ; facies grippé, température vespérale 38°,4. Immédiatement au-dessus des arcades crurales, existe de la submatité ; un peu plus haut, dans toute la région sous-ombilicale, sonorité très superficielle.

Le 12 septembre. — M. Arrou fait une incision au niveau de la fosse iliaque droite. On tombe sur une vaste collection de liquide séro-purulent, fétide et mélangé de gaz, s'étendant transversalement jusque dans la fosse iliaque gauche, mais paraissant limitée en haut par des adhérences. On pratique une seconde incision médiane. Lavage à l'eau bouillie.

Drainages dans différentes directions.

La température monte le 13 septembre à 38° et 39°, puis oscille entre 35 et 38 degrés pendant quatre jours et tombe à la normale. L'état général s'améliore progressivement.

Les drains sont diminués, puis supprimés.

Le 25 octobre. — Il ne reste plus que deux plaies bourgeonnantes superficielles.

Le 31 octobre. — Le malade sort de l'hôpital. La cicatrice des deux plaies est complète. Il ne paraît pas y avoir de tendance à l'éventration.

Il est revu le 10 décembre. L'état général est excellent.

Le ventre est souple, non douloureux. Les deux cicatrices sont suffisamment résistantes.

Observation 13

(Communication orale de M. le docteur Blum)

M. Blum a bien voulu nous communiquer le cas suivant qu'il a observé en ville.

Il s'agissait d'un jeune garçon de 14 ans environ, soigné depuis quelques jours par le docteur Hanot pour des symptômes typhoïdes.

M. Hanot, trouvant la marche de l'affection anormale, fit demander M. Blum, qui, en examinant l'enfant, trouva de l'empâtement dans la fosse iliaque droite, conclut à un appendice et conseilla une intervention qui fut d'abord refusée. On appela alors en consultation M. le docteur Bucquez, qui fut d'avis que l'on devait intervenir. M. Blum fut alors rappelé. Mais, sur ces entrefaites, l'enfant avait été pris d'une violente douleur dans la fosse iliaque gauche cette fois, et M. Blum y trouva des signes d'une collection assez abondante, l'état de la fosse iliaque droite étant resté d'ailleurs sensiblement le même.

Une incision fut faite à droite et conduisit sur un foyer purulent, mais de très petite dimension. L'appendice fut réséqué et la cavité lavée et drainée. Une incision faite à gauche, conduisit également sur un foyer purulent, mais beaucoup plus considérable que le précédent. Lavage et drainage.

Les deux foyers ne paraissaient pas communiquer et le liquide de lavage ne passait pas de l'un à l'autre.

L'enfant guérit.

Observation 14

Péritonite suppurée généralisée avec prédominance des symptômes à gauche. Incision à gauche. Mort. Appendice perforante à droite.

L'un de nous, étant de garde l'année dernière, à Lariboisière, eut l'occasion d'observer le cas suivant :

Le nommé Lise L..., âgé de vingt ans, marchand de vins à Saint-Denis, est apporté à l'hôpital, dans l'après-midi du 25 décembre, et est aussitôt admis salle Ambroise-Paré, service du Dr Reynier.

L'état du malade est très précaire. Il est tellement mal qu'on ne peut guère l'interroger. D'après les renseignements recueillis auprès de ceux qui l'accompagnent, on peut savoir que les accidents ont débuté, quatre ou cinq jours auparavant, par une violente douleur *dans la fosse iliaque gauche*. Depuis, il n'y avait pas eu d'issue de matières fécales ni de gaz dans l'anus.

A l'examen, facies péritonéal, grippé, nez pincé, yeux caves, langue sale, sèche et saburrale. Abdomen météorisé dans toute son étendue, mais présentant une légère saillie vers la fosse iliaque gauche. A la palpation, l'abdomen est douloureux dans toute son étendue, mais principalement dans la fosse iliaque gauche. Le diagnostic porté d'abord, le malade ne paraissant pas avoir de température, fut obstruction intestinale ou étranglement interne. M. Isch-Wall, assistant du Dr Reynier, fut prévenu. A son arrivée, la température du malade avait été prise et on lui avait trouvé de l'hypothermie. Le diagnostic fut alors modifié et on pensa à une péritonite d'origine incon-

nue, mais relevant probablement d'une affection dans le voisinage de l'S iliaque.

Du chloroforme fut administré en très petite quantité à cause de la gravité de l'état du malade et *en raison de la prédominance des symptômes à gauche, une incision fut faite à gauche*, qui conduisit sur un vaste foyer purulent, paraissant limité par des fausses membranes. On examina l'S iliaque sur lequel on ne trouva rien, et, en raison de l'affaiblissement rapide du malade, on ne poussa pas les recherches plus loin; la cavité fut avée, drainée et la paroi suturée.

Le malade fut reporté dans son lit, on l'entoura de boules d'eau chaude, on lui fit des piqûres de caféine et d'éther et des injections de sérum, malgré tout, il mourut quelques heures après.

À l'autopsie, on trouva une péritonite suppurée généralisée, et on trouva également un appendice en situation normale, mais perforé.

Observation 15

Appendicite à répétition. Poussée aiguë avec symptômes prédominants dans la fosse iliaque gauche. Opération. Guérison.

Le nommé Paul C..., âgé de 20 ans, employé de commerce, entre le 23, 1896, salle Velpeau, service du docteur Blum, à l'hôpital Saint-Antoine.

Le malade entre à l'hôpital pour des douleurs très vives dans l'abdomen.

Trois ans auparavant, à l'occasion, dit-il, d'une absorption

exagérée de glaces en plein été, il fut pris, pour la première fois, de douleurs analogues à celles qu'il éprouve actuellement et il entra à l'Hôtel-Dieu. Il eut des coliques très violentes, accompagnées de douleurs vives, sans localisation bien nette et quelques vomissements. Il séjourna près de deux mois dans un service de médecine de l'Hôtel-Dieu, où il fut traité par des cataplasmes laudanisés et des lavements accompagnés d'un régime alimentaire sévère. Il en sortit très amélioré ; mais depuis presque tous les mois, il était repris de crises de coliques très violentes et très douloureuses, sans localisations bien nettes, ces douleurs irradiant dans tout l'abdomen. Jamais de vomissements pendant cette période.

Dans les derniers temps, qui précédèrent son entrée, l'état parut s'améliorer, et il eut quatre mois de répit.

Au commencement de mai 1896, il fut repris, et cette crise dura trois semaines avant qu'il se décidât à entrer à l'hôpital. Il souffrait très violemment dans tout l'abdomen, sans localisation nette de la douleur. Constipation opiniâtre et, de temps en temps, vomissements.

Le 28 mai. — Recrudescence considérable des douleurs, mais qui cette fois, se localisèrent très nettement dans la fosse iliaque gauche.

Le malade se montre très affirmatif sur ce point, sur lequel il fut interrogé d'une d'une façon précise et spéciale. *Il indique du doigt comme siège du maximum de la douleur un point de la fosse iliaque gauche, correspondant au siège de l'appendice du côté opposé.*

Vomissements violents de glaires blanchâtres.

Le 23 mai. — A son entrée à l'hôpital, on ne constate pas de fièvre, mais le malade a le facies péritonéal ; lèvres pâles, nez pin-

cé avec battements des narines ; respiration gênée ; langue saburrale et un peu sèche, pouls bon et pas fréquent.

L'abdomen est météorisé et sensible dans toute son étendue, mais relativement peu. En revanche, il y a dans la fosse iliaque gauche une zone très douloureuse, très restreinte précédemment indiquée.

En raison de ces phénomènes, de l'âge du malade et de ses antécédents, et malgré le siège anormal de la douleur, nous portons, le diagnostic d'appendicite.

A la palpation on ne trouve rien du côté du cœcum.

Le chirurgien de garde, M. le docteur Albarran, fut appelé, mais en raison du siège de la douleur et de la bonne qualité du pouls, préféra ne pas intervenir. Régime lacté. Glace sur le ventre.

Les choses restèrent dans cet état avec une légère accalmie, la température se maintenant entre 37 et 38 degrés, jusqu'au jeudi 28.

Dans la nuit du mercredi au jeudi, il fut repris d'une crise de douleur très violente pour laquelle on nous fit appeler à quatre heures du matin. Piqûre de morphine.

A la visite du jeudi matin, le facies et l'état de l'abdomen rappelaient ceux du samedi précédent, et M. Blum résolut d'intervenir

A cause du siège à gauche de la douleur, qui inspirait quelques réserves sur le diagnostic, on fit une laparotomie médiane, et on arriva sur un péritoine légèrement rouge et injecté, mais on ne trouva rien à gauche, à droite on examina le cœcum ; pas d'adhérences ni de fausses membranes ; l'appendice était un peu augmenté de volume, rouge, induré, et les vaisseaux en

étaient fortement injectés. On le lia à la base et il fut réséqué.

Sutures sans drainage. Pansement.

Aussitôt après l'opération, le malade se sentit soulagé et son état s'améliora très rapidement. Dix jours après l'opération il était complètement rétabli.

Le malade fut revu récemment (Décembre 1896) six mois après l'intervention. Il n'avait rien éprouvé depuis.

Observation 16

(Communiquée par M. Leblanc, interne des hôpitaux). — Appendice avec abcès à gauche

Le nommé Jean B..., âgé de 28 ans, chauffeur à la compagnie de l'Est, demeurant à Saint-Denis, entre le 28 décembre 1895 à l'hôpital Lariboisière, salle Ambroise Paré.

Aucun antécédent local.

L'affection avait débuté, trois jours auparavant, par une douleur vive, analogue à un point de côté du côté gauche.

A l'examen : facies péritonéal, pouls petit, fréquent ; vomissements verdâtres ; absence d'émission de gaz et de matières fécales par l'anus.

La palpation abdominale décèle l'existence d'une collection à gauche, occupant toute la fosse iliaque de ce côté, et dépassant la ligne médiane de deux travers de doigt environ.

La fosse iliaque droite est libre et nullement douloureuse.

La portion sus-ombilicale de l'abdomen paraît également indolore.

On fait le diagnostic d'abcès enkysté d'origine appendiculaire.

Le malade étant dans un état très grave, on pratique l'anesthésie à la cocaïne, puis M. le docteur Isch-Wall, assistant du docteur Reynier, fait sur la fosse iliaque gauche, une incision symétrique de l'incision classique de l'appendicite droite, qui donne issue à un flot de pus.

Le doigt introduit dans la cavité vient buter à deux travers de doigt et à droite de la ligne médiane, contre une masse arrondie, accolée à la paroi abdominale antérieure, et qui semble être l'appendice.

M. Reynier, voulant en avoir la certitude, pratique, avec toutes les précautions antiseptiques de rigueur, une incision à droite, qui conduit dans la cavité péritonéale absolument saine et le doigt introduit dans la séreuse, trouve à l'endroit précité, et continuant avec le cœcum, l'appendice augmenté de volume, accolé à la paroi abdominale antérieure et formant la paroi droite de l'abcès. Il est laissé en place.

Il s'agissait donc, en somme, d'un abcès d'origine appendiculaire, causé probablement par une perforation à gauche de l'appendice, celui-ci ayant protégé à droite, la grande cavité péritonéale. Suture à trois étages de l'incision droite; à gauche, double drain et gaze iodoformée.

Suites normales. Le malade quitta l'hôpital, guéri, le 22 mars 1893. Revu depuis, plusieurs mois après, il n'avait jamais rien éprouvé de fâcheux du côté de l'abdomen.

Observation 17

Communiquée par M. le Dr Ch. Monod. — Appendicite. Abcès des deux fosses iliaques, le foyer le plus volumineux étant à gauche.

Jeune homme de dix-neuf ans, journalier, sans antécédents

héréditaires et de bonne santé antérieure. N'a jamais eu d'attaques de douleurs abdominales pouvant faire penser à l'appendicite.

Le 26 janvier 1894. — A sept heures et demie du soir, apparurent brusquement des douleurs abdominales très vives, qui forcèrent le malade à s'aliter. Les douleurs persistèrent, généralisées à tout le ventre, mais avec maximum dans la région sous-ombilicale. La nuit fut très agitée, le sommeil impossible, et le malade eut, à plusieurs reprises, des vomissements alimentaires.

Pendant les jours suivants les phénomènes douloureux gardèrent la même intensité et le ventre se ballonna ; mais les vomissements ne se reproduisirent pas. Fièvre, lassitude.

La constipation était absolue et la miction difficile.

Le 29 janvier au soir, le malade est transporté dans le service de M. Debove à l'hôpital Andral, où il reste quinze jours. On lui administre d'abord un purgatif qui amène une débâcle, et on le met au régime lacté.

Pendant son séjour à Andral, le malade a de l'insomnie et de la fièvre (38 degrés à 39°5) ; il va à la selle régulièrement.

Les douleurs abdominales diminuent d'intensité ; elles se localisent d'abord dans la fosse iliaque droite, puis apparaissent dans la fosse iliaque gauche.

Le malade est transporté le 13 février à l'hôpital St-Antoine et placé dans le service de M. le docteur Monod. A ce moment son état est le suivant : dans le décubitus dorsal il ne souffre pas ; ce n'est que rarement qu'apparaissent quelques élancements dans la fosse iliaque gauche. L'abdomen est uniformément distendu ; la peau est de coloration normale, sauf au-dessus de l'arcade crurale gauche où elle est rosée. A la palpa-

tion on constate que la région sus-ombilicale n'est pas douloureuse ; il existe une légère sensibilité à la pression des régions de la fosse iliaque droite et de l'hypogastre ; le moindre attouchement de la fosse iliaque gauche et extrêmement douloureux ; mais on ne trouve en ce point qu'un empatement sans fluctuation appréciable. Cette dernière région est nettement mate à la percussion ; dans la fosse iliaque droite existe de la submatité et plus haut une sonorité très superficielle. Pas de vomissements ; constipation qui a toujours cédé à l'emploi des laxatifs ou des lavements. La température est à 37 degrés le matin, à 38° le soir.

Le pouls est régulier, ample, peu fréquent. Urines uratiques. Faciès pâle, fatigués, yeux excavés.

Opération le 14 février : incision dans la fosse iliaque gauche, analogue à celle de la ligature de l'artère iliaque externe. Ecoulement abondant de pus épais, un peu fétide, 350 grammes environ.

En introduisant l'index dans la plaie, on pénètre dans le petit bassin ; à la partie supérieure de la poche, on rencontre un dôme formé par la masse molle de l'intestin.

Lavage à l'eau boriquée tiède.

Seconde incision, analogue à la précédente, dans la fosse iliaque droite ; écoulement du pus. Les foyers droit et gauche communiquent largement. Lavage à l'eau boriquée. Drainage bilatéral. Pansement iodoformé.

Suites : pas de fièvres, pas de vomissements.

Le 16 février.—Lavement ; des matières fécales sortent par la plaie gauche. Grande irrigation dans la plaie d'où il s'écoule des matières jaunâtres liquides en grande abondance.

Le 9 mars. — L'incision droite est cicatrisée ; la plaie gauche

continue à suppurer ; mais il ne s'écoule plus de matières intestinales.

Puis la fistule purulente se ferme complètement.

Observation 18

(Communiquée par M. le docteur Ch. Monod). Appendicite. Péritonite généralisée avec un gros foyer à gauche.

Homme de dix-neuf ans; pris brusquement dans la nuit du 18 au 19 mars 1893, d'une vive douleur dans le ventre. La veille et les jours précédents le malade avait été à la selle régulièrement. Le 19 mars, selle noirâtre. Le 20, douleurs dans tout l'abdomen avec maximum dans la fosse iliaque droite ; vomissements verdâtres peu abondants, pas de selle, fièvre.

Au moment de son entrée dans le service de M. Monod (22 mars) l'état est le suivant : Facies grippé, langue saburrale, température 37°5, pouls 96, ventre douloureux et ballonné ; empatement très douloureux à la pression et très nettement délimitable dans la fosse iliaque droite, faisant une saillie appréciable à la vue, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale ; matité à ce niveau. Glace intus et extra ; lait, 5 centigrammes d'extrait d'opium.

23 mars. — Hoquet ; pas de vomissements. Température : 37°5 ; le soir 38 degrés.

24, 25, 26 mars. — Amélioration ; la douleur et le ballonnement diminuent ; la tuméfaction de la fosse iliaque droite est moins marquée ; selle spontanée, quelques vomissements, facies meilleur ; la température reste cependant à 38 degrés, 38°5 ; pas de pus dans les selles,

27 mars. — Rétention d'urine nécessitant le cathétérisme.

28, 29 mars. — Etat stationnaire ; selles, quelques vomissements, on ne retrouve plus de tuméfaction péri-cœcale.

30 mars. — Aggravation ; douleurs abdominales plus vives, météorisme très marqué, langue sèche, soif vive, facies très grippé, vomissements, deux selles. On constate qu'il existe, à gauche de l'ombilic, de la douleur plus vive et de la submatité. La température, qui était à 37° le matin, monte à 39° degrés le soir ; pouls 120.

31 mars. — Facies péritonéal accentué ; sueurs froides et visqueuses, abondantes ; pâleur et refroidissement des extrémités, température, 37°,4 ; pouls 120 à 130, irrégulier, petit ; respiration haletante, soif vive, vomissements. Ventre très météorisé et très douloureux, surtout à gauche.

Laparotomie immédiate : incision médiane au-dessous de l'ombilic ; dès l'ouverture du péritoine épaissi, écoulement d'un liquide séro-purulent. Anses intestinales agglutinées par des fausses membranes et du pus. La main, introduite dans la cavité péritonéale, trouve à gauche une poche renfermant du pus fétide. A droite, vers le cœcum, poche formée par des adhérences intestinales et renfermant du pus séreux.

On ne peut constater nettement les lésions du cœcum et de l'appendice. Lavage à l'eau bouillie. Mèches de gaze iodoformée dans les deux fosses iliaques et la portion médiane de l'abdomen. Suture incomplète de la plaie pariétale.

Durée de l'opération, quarante-cinq minutes (chloroformisation comprise).

Pas de choc opératoire ; une demi-heure après, le malade réveillé se trouve mieux.

Soir à quatre heures. — Température 38 degrés, pouls petit à

120. A 8 heures : sueurs froides, nez pincé, extrémités glacées, pouls imperceptible, température 39 degrés, dyspnée, vomissements verdâtres.

1^{er} avril. — Température 38°,8; pouls 120, meilleur que la veille; vomissements nettement porracés; langue rosée; diarrhée jaunâtre; dyspnée; sueurs froides; connaissance complète. Injection de caféine et de sérum artificiel (30 grammes).

2 avril. — Aggravation. Mort à trois heures du soir avec une température de 39°,5.

Autopsie. — Péritonite généralisée. Dans le petit bassin, vaste collection purulente, recouverte par la masse intestinale adhérente au détroit supérieur. Exsudats fibrineux dans la fosse iliaque gauche. Appendice de 3 centimètres de longueur, situé en place normale; son extrémité gangrénée baigne dans le pus; pas de corps étrangers.

Bactériologie du pus : streptocoque surtout, staphylocoque blanc et un bacille qui n'a pu être classé; pas de bactérium coli.

Observation 19 (inédite)

Due à l'obligeance de notre ami Lamouroux interne des hôpitaux.

La nommée Th... Marie, âgée de 32 ans, entra à l'hôpital Tenon le 14 décembre 1897, salle Collin, dans le service de M. le D^r Giraudeau.

La malade se plaignait de douleurs vagues, un peu plus accentuées du côté gauche. Depuis longtemps elle est très constipée, et les différents traitements dirigés pour combattre cet

état, étaient restés sans effet. Le samedi, 18, douleurs très vives s'irradiant dans tout l'abdomen avec maximum d'intensité au niveau des deux fosses iliaques, surtout à gauche. Le lundi son état s'aggravant, on propose une intervention chirurgicale, qui est énergiquement refusée par la malade.

Le lendemain mardi, elle est en pleine péritonite et consent alors à se laisser opérer.

Le ventre est douloureux dans toute son étendue, *mais surtout à gauche*, la malade est très affaiblie, les yeux creusés, la figure exprimant la souffrance, les extrémités froides.

Le matin de l'opération pouls incomptable, extrémités froides pupilles contractées, facies péritonéal.

Après avoir fait une injection de sérum artificiel, on pratique une incision médiane de l'abdomen et on arrive sur un tissu graisseux sous-péritonéal verdâtre.

Epiploon épaissi, rouge, manifestement enflammé : on l'écarte par en bas et immédiatement apparaît un flot de pus blanc-verdâtre grumeleux et fétide. Les anses intestinales sont couvertes de fausses membranes épaisses. En écartant ces anses qui ont contracté entre elles, de nombreuses adhérences, on met à jour des foyers purulents, jusque dans le petit bassin.

Enfin on arrive sur un utérus qui est en rétroversion avec des ovaires qui lui sont adhérents à la face postérieure.

Du cul-de-sac de Douglas, on fait jaillir un flot de pus très abondant et de même nature que le précédent. La cavité est lavée avec de l'eau bouillie, et refermée. Un drain est laissée à demeure.

Mort quelques heures après l'opération.

A l'autopsie, lésions de péritonite généralisée. Les anses intes-

tinales sont rouges et visqueuses, avec de nombreuses adhérences entre elles.

Mais il n'y a pas d'adhérences dans le petit bassin, non plus que dans la fosse iliaque gauche, le flanc gauche et l'hypochondre gauche, mais à ce niveau on trouve du pus collecté.

L'utérus et les deux trompes sont intactes.

L'appendice vermiculaire contient deux calculs stercoraux du volume et de la forme d'un noyau d'olive. Il présente une perforation au niveau de l'extrémité inférieure du calcul stercoral supérieur. La moitié inférieure de l'appendice est sphacélée.

Il est à noter que le cœcum et l'appendice sont à leur place normale dans la fosse iliaque droite, mais l'appendice est fortement adhérent au pavillon de la trompe droite, de sorte qu'on ne l'apercevait pas au premier abord et qu'on a été obligé de le chercher un peu.

Observation 20 (inédite).

M. H. B. âgé de 20 ans, toujours bien portant. Le 15 encore en excellente santé. Le 16 décembre ressent quelques douleurs vagues dans la région abdominale, sans caractères bien précis.

Le 17. — Le malaise s'accroît, mais il s'y joint une vive douleur *dans le côté gauche*, à droite le ventre paraît souple : on porte le diagnostic de gastro-entérite.

Le 18. — Le point de côté, à gauche, a augmenté d'intensité, crise convulsive. Empatement sur la ligne médiane.

Laparotomie médiane. On trouve des anses intestinales agglutinées, et la rupture des adhérences, amène l'écoulement d'un flot de pus, qui s'échappe de la région appendiculaire.

On libère l'appendice qu'on trouve en partie sphacélée, situé sur la ligne médiane, au milieu du pus, et au centre, un calcul de la grosseur d'une noisette.

Contre-ouverture, drainage. La maladie a évolué sans fièvre au dire du malade, qui a guéri dans l'espace d'une vingtaine de jours.

Observation 21 (Inédite)

Au mois de novembre 1894, le nommé B. . gardien de la paix, reste trois jours sans rendre ni matières ni gaz par l'anus. Un lavement lève l'obstacle, mais il doit se reposer 35 jours.

En février 1895, M. le Dr Routier est appelé auprès de lui et constate des accidents analogues. Après avoir pensé à l'appendicite, il conclut à une tumeur de l'S iliaque. Cette occlusion incomplète dure 28 jours. Le 19 juillet, douleur abdominale, ballonnement, gêne respiratoire qui domine tout. Le malade rend péniblement quelques matières, et on le trouve soulagé par des lavements à l'eau de seltz.

Le 22, le malade entre à Necker, dans le service de M. le Dr Routier. M. Benoit, interne du service constate une douleur à droite au point de Mac-Burney.

Le 23 au matin, la douleur était à gauche et on sentait une tumeur mobile, de sorte que M. le Dr Routier revenait à l'idée de néoplasme de l'S iliaque.

Diagnostic porté au début.

Le 26. — A la suite de purgatifs, les phénomènes s'amendent, le ballonnement disparaît.

Le 29. — On sentait la tumeur à gauche.

Le 1^{er} août. — On fait une laparotomie médiane et on sent une tumeur médiane sous des anses de l'intestin-grêle adhérentes. Pas de traces de péritonite récentes. La tumeur est formée par le mésentère, mais il y a quelque chose dessous. Le malade est placé sur la table à renversement, et on arrive sur le cœcum, qui ne peut être attiré dans l'incision médiane à cause des fausses membranes.

On arrive enfin sur l'appendice, qui est presque sur la ligne médiane, mais plongeant dans le petit bassin, pour passer sous un pont de mésentère.

On le libère péniblement, il est friable et sa pointe reste dans ce tunnel sous-mésentérique. Son méso se rompt, ligature de l'artère, attouchement au thermo-cautère, drainage avec mèche de gaze et tube de caoutchouc.

Le 4. — Ablation du drain.

Le 6. — Ablation de la mèche ; on remet un drain, parce qu'il y a un écoulement séro-purulent.

La convalescence s'effectue sans incident.

Observation 22

Appendicite avec abcès iliaque à gauche. — Observation inédite, communiquée par M. le Dr Lejars.

Il s'agit d'une grosse et forte fille de 21 ans, domestique, qui entrerait à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. le Dr Fernet le 9 novembre 1895, pour une affection aiguë de l'abdomen remontant à cinq jours.

Les antécédents sont absolument nets ; elle ne se souvient pas d'avoir jamais été sérieusement malade. Elle n'a pas eu de fièvre typhoïde, elle n'avait jamais de douleurs abdominales,

jamais de constipation durable. Elle était bien réglée et ne souffrait pas au moment de ses règles ; elle était vierge.

C'est d'une façon brusque et inattendue qu'elle a commencé à souffrir du ventre, le 4 novembre ; elle était alors au cours d'une période menstruelle, mais les règles ne se sont pas arrêtées et n'ont subi aucune modification. Les douleurs occupaient la partie inférieure de l'abdomen sans qu'il y eût de prédominance bien nette de l'un ou de l'autre côté. Au même niveau, la malade sentit dès le début une petite tumeur, sur laquelle elle ne donna que des indications fort vagues et qui bientôt serait devenue plus manifeste à gauche. Toujours est-il, que les souffrances s'accrurent très vite, s'irradiant dans tout l'abdomen et imposant le séjour au lit. Elles ne tardèrent pas à s'accompagner de vomissements verdâtres. La constipation était opiniâtre malgré les purgatifs administrés en ville ; il n'y avait même pas, au dire de la malade, d'émissions gazeuses.

Ce fut dans cet état qu'elle entra dans le service de M. le Dr Fernet : la température était à 38°, 38° 5 ; le pouls à 120, le faciès tiré et fatigué. Le ventre était ballonné et la palpation fort douloureuse, surtout dans les deux fosses iliaques et principalement à gauche où la percussion révélait une zone mate étendue.

Au bout de trois jours d'observation, la situation paraissait s'aggraver, les selles continuent à être fort rares et difficiles, les vomissements persistant la température restant à 38° et l'existence d'une collection iliaque devenant de plus en plus nette, M. le Dr Fernet voulut bien nous montrer la malade.

Malgré les difficultés de l'exploration que les douleurs et les ballonnements du ventre expliquent suffisamment, on décelait sans peine, *dans la fosse iliaque gauche*, une grosse masse fluctuante de contours peu précis et qui paraissait se perdre, en dedans vers le bassin. L'impossibilité du toucher vaginal suppri-

maît un moyen de recherches important : aussi le diagnostic tout en étant très précis, sur la présence d'une collection qu'il fallait ouvrir, ne pouvait que rester hésitant entre plusieurs hypothèses.

Celle d'une appendicite était, certes, la plus plausible et la mieux en rapport avec la brusque évolution des accidents, mais le siège, en tous cas, anormal de l'abcès à gauche, la difficulté d'obtenir des renseignements précis par le palper de la fosse iliaque droite, ne permettaient guère une conclusion résolument affirmative.

D'autre part, l'hypothèse d'une collection d'origine utérine ou périutérine restait bien improbable, d'après les constatations faites et les antécédents de la malade. Enfin, si l'on pouvait penser encore à la possibilité d'un de ces adéno-phlegmons iliaques, dont M. le Dr Fernet se rappelait un exemple, cette éventualité était, pour le moins, fort exceptionnelle.

Toujours était-il qu'une intervention s'imposait sans délai : je la pratiquai dans la soirée du 12.

La malade étant endormie, je fis, dans la fosse iliaque gauche, une incision courbe, analogue à l'incision ordinaire de l'appendicite à droite. Une fois le péritoine ouvert j'arrivai sur une nappe d'épiploon épaissi, tassé, adhérent, qui paraissait recouvrir la poche. Pendant que les doigts le décollent légèrement et le refoulent en dedans, sous une compresse, la poche se crève, et il jaillit un flot de pus brunâtre, d'une fétidité intestinale des mieux caractérisée ; la quantité de pus est considérable. Le doigt, plongé dans l'abcès, dont il élargit l'orifice, reconnaît une énorme cavité, bien formée, bien circonscrite, qui se prolonge en dedans, entre le rectum et l'utérus que l'on sent très bien à travers la paroi de la collection : on ne parvenait pas à atteindre sa limite interne, son cul-de-sac terminal du côté de la fosse iliaque droite, vers laquelle elle paraît manifestement

se continuer. Au milieu de ce foyer purulent et apparemment d'une grande septicité, tout autre manœuvre que le lavage et le drainage nous semble contre-indiquée : la poche est donc lavée à la solution étendue de sublimé à 1 pour 3000, puis un drain entouré de gaze iodoformée est conduit, avec une pince-longue, jusque dans ses parties les plus profondes. Quelques points seulement aux deux extrémités de l'incision.

Les suites de l'opération furent très bonnes. Les douleurs et les vomissements cessèrent, la température tomba peu à peu. Le 17 novembre, on trouva encore, au pansement, une abondante quantité de pus, et l'on fit un nouveau lavage ; mais la cavité était déjà notablement rétractée et rétrécie. Le 21, on pouvait se contenter de laisser une petite mèche iodoformée. Dès lors, la guérison se fit régulièrement ; et vers le milieu de décembre, la malade quittait l'hôpital, dans un état excellent.

Il restait pourtant un petit trajet fistuleux assez étroit, qui se dirigeait obliquement en dedans et à droite. Le trajet a persisté pendant des mois, malgré deux curettages. De fait, la malade qui avait une véritable terreur de l'anesthésie générale, s'opposa toujours à nous laisser faire une intervention plus complète. C'est pour cela que nous avons dû nous abstenir de toute recherche secondaire dans la fosse iliaque droite, où nous aurions trouvé sans doute la lésion appendiculaire qui entraînait et suspendait la cicatrisation définitive. Du reste, à part les ennuis inhérents à l'existence du trajet fistuleux, la malade ne souffrait pas, elle avait pris, depuis l'opération, un embonpoint florissant. Nous l'avons vu, pour la dernière fois, à la fin de 1893, et la guérison semblait bien près d'être complète.

En somme, bien que, pour les raisons que nous venons de mentionner, nous n'ayons pas eu la preuve directe de l'origine appendiculaire des accidents, l'évolution de la maladie, la nature du pus, le prolongement de la poche, la persistance

même de cette fistule dirigée vers la fosse iliaque droite, nous paraissent *des raisons suffisantes pour admettre le diagnostic d'appendicite, avec abcès iliaque gauche.*

Observation 23 (inédite)

(Communiquée par M. Ch. Routier)

Le 10 février au soir, je suis appelé par le Dr Plateau, auprès d'une malade, Adèle, femme de chambre âgé de 54 ans, qui avait été prise assez brusquement de douleur dans le ventre vers l'ombilic et à gauche. Peu ou pas de selles, vomissements alimentaires. La journée du 17, s'est passée sans gaz, sans garde-robe, un lavement a vidé le gros intestin,

Le matin 18 on a donné 15 gr. d'huile de ricin, qu'elle a gardé. Ventre très ballonné, sonore partout, douleur à *gauche de l'ombilic*. Nez froid, pas de gaz, langue humide, pouls plein 104, respiration 40.

En août 1894, elle a eu une crise à peu près analogue, moins forte, prise par le médecin qui l'a soignée à la campagne pour une péritonite. Malade un mois, avec douleur dans la fosse iliaque droite.

Le 19, la malade est apportée à Necker, elle a rendu quelques gaz et durant la nuit n'a pas vomi.

Le 30 au matin, le pouls est de 120, ventre souple, langue bonne un peu sèche.

Le 31, il existe une masse qui remplit le petit bassin, surtout à droite.

Le 2 mars, laparatomie. On trouve un fibrome utérin, avec ovaires atrophiés, à droite paquet d'adhérences, le cœcum débordé dans tous les sens, en dedans de lui, je trouve un abcès avec pus verdâtre, bien lié.

Cet abcès est limité en haut et en dehors, par quelque chose que je soupçonne être l'appendice.

Je le décorlique avec peine, méso très épais et friable, ligature soie. Mèche de gaze, suture à la soie. L'opération a duré une demi-heure.

Le 4 — Elle a rendu des gaz, pouls rapide, langue bonne.

Le 7, j'enlève la mèche, elle a une excitation, qui paraît être due à l'iodoforme.

Le 11, escharre sous la fesse droite, mieux très marqué.

Le 17. se lève tous les jours.

Le 9 juillet. — Légère hernie de la cicatrice.

Observation 24 (Inédite)

Communiqué par M. le D^r Boutier.

Le D^r Cheurlot, vient me chercher à minuit pour son client malade depuis le 20, Louis P...

Le 20, jeudi. — Après son déjeuner, le malade fut pris de vomissements. Se couche le soir, avec de la *douleur à gauche*, et se plaint d'avoir comme un ballon à expulser. Epreintes vésicales et rectales.

Le 22. — M. Cheurlot, s'aperçoit dans l'après midi, que le ventre se détend, il vient me prendre à minuit.

Le 24. — Langue humide, voix bonne, facies un peu tiré, ventre très ballonné, le malade montre le point de Mac-Burney. Le muscle se défend, pas de matité, mais la percussion provoque de la douleur. A gauche maintenant la paroi est souple et peu douloureuse.

Température 31° pouls 80°.

Le diagnostic d'appendicite est porté et à 2 heures du matin,

on décide une intervention ; laparotomie sur le bord du muscle droit.

Il n'y a pas de traces d'adhérences. En enlevant le cœcum entre la paroi de la fosse iliaque et lui, flot de pus et, sur l'intestin, plaques verdâtres qui se détachent. On sent l'appendice dans le petit bassin. Je l'ai très facilement, mais il s'échappe au noyau fécal par une perforation. Ligature à la soie et au catgut pour renforcer. Ensuite, je plonge le doigt dans le petit bassin et je donne issue à un flot de pus. Je place deux drains et je constate qu'il vient encore du pus du côté du foie, lavage, je remets deux autres drains jusque sous le foie. Le 25, la malade va mieux elle a dormi, à beaucoup uriné sous l'action de 500 grammes de sérum qu'on lui a injecté. Le 26 raccourcissement des drains, le 27 suppuration abondante due à la rétention d'un fil de catgut qui finit par s'éliminer. La malade va ensuite de mieux en mieux et la guérison s'effectue très rapidement.

VI. — CONCLUSIONS

1° L'appendicite est caractérisée par un ensemble de phénomènes morbides, qui se manifestent au niveau de la fosse iliaque droite.

2° Il y a des cas où les phénomènes réactionnels, après avoir débuté à droite, acquièrent une intensité plus grande à gauche, par suite de propagation du processus inflammatoire.

3° Enfin, dans quelques cas, très rares il est vrai, les symptômes peuvent être localisés exclusivement dans la fosse iliaque gauche.

Cette forme coïncide, généralement avec une disposition anormale de l'appendice.

Vu par le président de la thèse

PAUL BERGER.

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

DIEULAFOY. — Pathologie interne, 10^e édition, page 305.

— Cliniques de l'Hôtel-Dieu, Presse médicale, 1896,
page 121.

JALAGUIER. — Traité de chirurgie. Tome VI.

TALAMON. — De l'appendicite, page 193 (biblioth. Charcot-Debove).

ROUTIER. — Bulletin de la Société de chirurgie, 15 octobre 1890,
page 630.

OBRATZOFF. — Médecine moderne, 1895, p. 409.

RICARD. — Gazette des hôpitaux, 1891, n° 17.

GLÉNARD. — De l'entéroptose, édition.

RECLUS. — Académie de médecine, 16 mars 1897.

ROGER. — Recherches expérimentales sur l'appendicite. Revue
de médecine, 1896. N° 6 Juin.

HUMBERT. — Thèse de Paris, 1873.

VERCHÈRE. — Septicémie intestino-péritonéale. V. Revue de
chirurgie, 1888, p. 559.

CLADO. — Bactérie de l'infection herniaire. Congrès français de
chirurgie, 1889, p. 620.

— Appendice cœcal ; mémoire de la société de biologie,
1892.

LEGEU. — Développement et situation du cœcum chez l'enfant.
Bulletin soc. anat., 1891.

— Monographie sur l'appendicite.

LEROY. — Thèse de Paris, 1897.

PIARD. — Thèse de Paris, 1896.

DAMAYE. — Thèse de Paris, 1895.

JACOB. — Thèse de Paris, 1893.

CHASTANET. — Thèse, 1897.

FOWLER. — Méd. News. 25 Novembre 1893, p. 604.

HARRIS. — Journ. Ameri. assoc. 21 décembre 1895, p. 1.086.

BRUCE-YOUNG. — Journal of anatomy and Physiology, 1894.

FARABEUF. — Progrès médical, 1895.

LAFFORGUE. — Recherches anat. sur l'appendice vermiculaire
du cœcum. Journal internat. d'anatomie et de Physio-
logie, 1893.

TESTUT. — Anatomie. Tome III.

POIRIER ET JONNESCO. — Anatomie. Tome II.

